

Circulaire DHOS-F 2/MARTHE/DGAS n° 2001-276 du 21 juin 2001 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé (unités de soins de longue durée et maisons de retraite à gestion hospitalière) : clarification de l'affectation des charges dans les établissements publics de santé

21/06/2001

Références :

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;
Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, modifié par décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;
Circulaire n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ;
Circulaire DHOS-F 2/MARTHE/DGAS/DSS-1 A n° 2001-58 du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2001 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées ;
Circulaire DGAS-5 B/DHOS-F 2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relative au financement et à la tarification des EHPAD ;
Lettre DGAS/5 B du 22 décembre 2000 relative à la situation financière du centre gérontologique départemental dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD (Bulletin officiel du MES 2000/1).

Date d'application : immédiate.

Pièces jointes : deux annexes.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre et diffusion aux directeurs des établissements de santé) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) Comme vous le savez, tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, qu'ils relèvent du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles (antérieurement loi du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales), sont concernés par la réforme de la tarification.

C'est ainsi que les actuels services de soins de longue durée (près de 1 000 établissements) sont appelés à négocier des conventions tripartites dans le cadre de cette réforme. En effet, ils accueillent, de façon quasi exclusive, des personnes âgées, voire très âgées (plus de 70 % des personnes hébergées ont plus de 80 ans). Cette population ne diffère pas sensiblement de celle prise en charge dans les établissements médico-sociaux partiellement médicalisés (bénéficiant de sections de cure médicale) ; seule la prise en charge en matière de soins et de dépendance peut s'avérer plus lourde que celle qui prévaut dans les établissements médico-sociaux.

Les principes qui découlent des textes (décrets n°s 316 et 317 du 26 avril 1999 modifiés) et des circulaires d'application relatifs à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification s'appliquent, bien entendu, à tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Des particularités sont cependant à souligner en ce qui concerne ceux rattachés à des établissements publics.

En effet, certains de ces hôpitaux ont contribué financièrement à la prise en charge des personnes âgées en assumant une partie des dépenses sur leur budget principal. Le principe qui sous-tend la réforme de la tarification, à savoir la détermination de trois sections tarifaires en fonction des charges réelles de l'EHPAD, oblige à mettre un terme à ces pratiques et à procéder à une identification des charges qui incombent vraiment aux budgets annexes.

La procédure de mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement au 1er janvier 2002 va se traduire par la nécessité d'accélérer les travaux préparatoires à l'application de la tarification ternaire, sachant que celle-ci est une condition d'ouverture du droit à l'APA pour les résidents.

Compte tenu des étapes ultérieures, nécessaires à la mise en place de la réforme de la tarification, notamment de la négociation de la convention tripartite et de l'articulation indispensable de ce chantier avec ceux ayant un impact important sur l'organisation et la gestion de l'établissement (mise en place de la RTT, passage à l'euro), il est primordial que les établissements publics de santé effectuent ce travail d'identification des charges réelles incombant aux EHPAD avant le 31 juillet 2001.

L'objet de la présente circulaire est de préciser les modalités de ce travail et de proposer une méthodologie de validation <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-2marthedgas-n-2001-276-du-21-juin-2001-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-etablissements-publics-de-sante-unites-de-soins-de-longue-duree/>

par les agences régionales de l'hospitalisation.

Les recommandations qui suivent ont été arrêtées après consultation d'un groupe de travail, composé de représentants d'établissements (hôpital local, centres hospitaliers) et de services de l'Etat (directeurs ou collaborateurs d'agence régionale de l'hospitalisation, collaborateurs des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales).

I. - OBJECTIFS ASSIGNÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET AUX AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

1.1. Opération « sincérité des comptes » demandée aux directeurs des établissements

L'article 4 bis du projet de loi créant l'aide personnalisée à l'autonomie va susciter une demande importante des résidents qui vont souhaiter bénéficier, dès le 1er janvier 2002, de cette allocation. Pour cela, les établissements vont devoir appliquer les principes de la tarification ternaire temporaire sur des bases garantissant la transparence et à sincérité des comptes eu égard aux prestations fournies, notamment vis-à-vis des usagers du service public qui sont en droit de demander des justifications sur les prix pratiqués dans l'EHPAD.

La réalisation de cette opération constitue également un gage de sécurité pour les résidents en leur permettant de bénéficier de l'allocation personnalisée à l'autonomie dès son entrée en vigueur, et sans modification ultérieure de leurs tarifs du fait de la prise en compte immédiate des transferts de charges entre le budget hospitalier et le budget annexe, indépendamment de la question de la résorption du clapet anti-retour.

Par ailleurs, la réalisation de cette opération présente l'intérêt pour les hôpitaux de rétablir la valeur du point ISA correspondant à la réalité de l'activité de court ou de moyen séjour de l'établissement.

Le plus souvent, les budgets hospitaliers supportent des charges qui devraient peser sur le budget annexe de l'établissement de santé. De façon exceptionnelle, la situation inverse a pu être constatée.

Quoi qu'il en soit, il doit être procédé à l'identification et l'évaluation des charges indûment affectées.

Cette responsabilité incombe au directeur de l'établissement de santé.

Le transfert de charges va se traduire par un transfert des produits de l'assurance maladie. Selon le cas, le transfert de produits intervient au bénéfice du budget annexe ou au bénéfice du budget principal le cas échéant. Du point de vue du budget consolidé de l'établissement, cette opération est totalement neutre.

1.2. Compétences et actions attendues des ARH au regard la mise en oeuvre de la réforme

1.2.1. Champ de compétence

Les ARH sont compétentes sur le champ sanitaire. Elles fixent les budgets des établissements de santé. La mise en oeuvre de la réforme de la tarification les concerne dans le domaine de la mise à plat des transferts de charges, pour :

- les établissements de santé autonomes : centres de soins de longue durée ;
- les établissements de santé gérant des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- les établissements de santé gérant des maisons de retraite. Pour ces dernières structures qui relèvent du secteur médico-social, il convient de rappeler que l'ARH exerce un contrôle de légalité sur le budget annexe de la maison de retraite. En outre, elle approuve l'ensemble du budget de l'établissement public (y compris les budgets annexes), et apprécie son équilibre financier. Elle est donc concernée, au premier chef, par l'application de la réforme de la tarification quand bien même le préfet est l'autorité de tarification et le signataire de la convention tripartite.

1.2.2. Actions attendues des ARH

Pour tous les établissements et services (USLD/maisons de retraite) rattachés à un établissement de santé, maison de retraite à gestion hospitalière), les ARH doivent s'acquitter de la mission suivante : s'assurer que les établissements ont correctement procédé à l'évaluation des charges qui doivent peser sur les budgets annexes.

Pour les établissements et services sanitaires (USLD, autonomes ou non), les ARH ont, en tant qu'autorité de tarification, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-2marthedgas-n-2001-276-du-21-juin-2001-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-etablissements-publics-de-sante-unites-de-soins-de-longue-duree/>

des compétences plus larges. Elles doivent :

- évaluer les effets de la simulation de la réforme de la tarification, après transfert de charges ;
- inciter les établissements qu'elles tarifient - les unités de soins de longue durée - à s'inscrire dans une démarche de négociation d'une convention tripartite ;
- négocier et conclure les conventions tripartites des unités et centres de soins de longue durée.

1.2.3. Méthode d'organisation du travail en ARH et objectif à remplir pour le 15 septembre

Les différentes organisations du travail, propres à chacune des ARH, peuvent aboutir à confier aux collaborateurs des DRASS ou des DDASS la prise en charge totale ou partielle du contrôle de l'opération de sincérité des comptes.

Quoi qu'il en soit, il est impératif d'informer précisément les établissements de santé qui doivent conduire cette opération de sincérité des comptes de l'identité du collaborateur ayant en charge ce dossier. Un interlocuteur unique est à privilégier.

La validation des résultats de l'opération de sincérité des comptes des établissements de santé doit être faite pour le 15 septembre 2001, délai de rigueur.

II. - MÉTHODOLOGIE À APPLIQUER POUR CALCULER LES TARIFS APRÈS IDENTIFICATION ET ÉVALUATION DES CHARGES

2.1. Méthodologie proposée aux directeurs des établissements publics de santé

L'opération de sincérité des comptes, qui relève de la responsabilité du directeur de l'établissement, doit être réalisée à partir des charges inscrites aux comptes administratifs 2000, hors effet réduction du temps de travail, et corrigé le cas échéant des données budgétaires connues de l'exercice 2001 susceptibles d'affecter la répartition des charges entre le budget général et le budget annexe. Ce choix de fonder l'exercice de rétablissement de la sincérité des comptes à partir des derniers comptes connus ne préjuge naturellement pas des actualisations qui seraient nécessaires au moment de la négociation des tarifs 2002 avec les autorités compétentes.

Aucune méthode permettant d'évaluer le montant des charges n'est privilégiée, sachant que le choix est largement subordonné au système d'information propre à chaque établissement. Ce dernier peut ainsi utiliser la comptabilité analytique comme les données provenant des retraitements comptables relatifs au PMSI, ainsi que tous autres éléments provenant d'études spécifiques qui auraient été effectuées au sein de l'établissement.

Les activités des hôpitaux locaux au titre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, retracées dans un ou plusieurs budgets annexes, sont souvent plus importantes que celles relevant des disciplines sanitaires comme la médecine et les soins de suite. Les hôpitaux locaux pourront utiliser le guide de comptabilité analytique hospitalière ou procéder à une répartition forfaitaire des dépenses communes au budget principal et aux budgets annexes et ne faisant pas l'objet d'imputations directes soit en fonction de l'importance du nombre de journées réalisées dans le service accueillant des personnes âgées par rapport à l'ensemble de celles réalisées dans l'établissement, soit au prorata des charges directes brutes.

Avant d'arrêter ce constat, il appartient au directeur de l'établissement d'en informer les services du conseil général.

Les établissements transmettent au collaborateur des services de l'Etat, désigné par l'ARH, les résultats de leur évaluation et les informent de la méthode de travail qu'ils ont retenue. Le document ci-joint, qui retrace les résultats de cette opération, est signé par le directeur. Au plus tard, la transmission de l'ensemble des informations et documents intervient au 31 juillet 2001.

2.2. Méthodologie proposée aux ARH

L'objectif recherché dans l'opération d'évaluation des charges entre les budgets est celui d'une sincérité des charges à imputer aux différents financeurs, sans prétendre aboutir à une affectation au franc près.

A partir des documents transmis par les directeurs d'établissement, vous aurez le souci d'adapter le niveau du contrôle effectué à l'enjeu financier global que constitue le transfert de charges pour l'établissement et à la cohérence d'ensemble des charges imputées correctement aux différents budgets. Ce contrôle devra être terminé au 15 septembre 2001.

2.2.1. Le contrôle de vraisemblance doit rester la règle

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-2marthedgas-n-2001-276-du-21-juin-2001-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-tarification-dans-les-etablissements-publics-de-sante-unites-de-soins-de-longue-duree/>

2.2.1.1. Les règles d'affectation

Le niveau des différentes charges n'est pas identique selon le poste de dépenses considéré. Dans ces conditions, une attention particulière doit être apportée aux dépenses de personnel qui représentent, en général dans le cas des établissements autonomes, près de 75 % des dépenses d'un établissement, aux dépenses d'hôtellerie qui représentent le montant de dépenses le plus important après celui relatif aux frais de personnel, et enfin les dépenses d'administration et de logistique.

En cas d'imputation indirecte des charges aux différents budgets, la nature de celles-ci doit être indiquée par l'établissement, de telle sorte qu'il soit possible de s'assurer que l'ensemble des charges d'exploitation, nécessaires au fonctionnement de l'établissement, s'il était autonome, a bien été prévu.

Pour toutes les autres charges, sans en vérifier chacun des montants, il importe de s'assurer que l'unité de soins de longue durée ou la maison de retraite à gestion hospitalière peut fonctionner de façon autonome. Les services doivent vérifier que des dépenses d'énergies, d'entretien et de maintenance, d'assurances, d'amortissements ont bien été inscrites au budget annexe.

2.2.1.2. Niveau de contrôle

Le niveau de contrôle à entreprendre est fonction :

- de l'importance du poste de dépenses. Le contrôle sera plus ou moins approfondi selon l'importance du poste de dépenses considéré. L'élément principal de l'exercice porte donc sur la validation de l'évaluation des charges de personnels ;
- du type d'informations fourni par les établissements : retraitement comptable du PMSI, comptabilité analytique, répartition forfaitisée par section budgétaire.

Ces différents types d'informations recouvrent souvent des établissements de taille et de réalité différentes.

La démarche de contrôle doit commencer par le rapprochement des remboursements de charges inscrit au budget primitif et le niveau de réalisation figurant au compte administratif.

2.2.1.3. Méthode recommandée

Pour les établissements MCO, la vérification s'effectuera à partir des documents issus du retraitement comptable du PMSI.

Compte tenu de l'importance de la bonne imputation des charges de personnel, le contrôle de vraisemblance pourra consister à vérifier la concordance entre le tableau des effectifs et le tableau de service. Sur la base d'un coût moyen chargé par agent, le montant de ces charges sera apprécié. Le coût moyen intègre les dépenses de personnel de remplacement - CDD en cas de maladie ou période de congés notamment - ainsi que toutes les dépenses indirectes de personnel telles que la formation par exemple.

Pour les dépenses hôtelières, le contrôle de vraisemblance consistera à comparer le coût de fabrication du repas à l'hôpital avec celui qui est remboursé par le budget annexe. La même méthode peut être utilisée pour les dépenses de blanchisserie.

Les frais financiers et les amortissements des opérations importantes de modernisation, d'équipement mobilier doivent, en principe, faire l'objet d'imputations directes.

Pour les frais d'administration, de gestion et de logistique, la fourchette de 2 à 5 % des charges brutes de la section « hébergement » - indiquée dans la circulaire Marthe du 15 septembre 2000, constitue un bon indicateur. Les établissements qui auraient procédé une évaluation précise dont le montant serait supérieur à cette fourchette devront apporter des justifications.

Pour les établissements qui n'utilisent pas le PMSI, les services peuvent procéder à la vérification des coûts unitaires (repas, blanchisserie...), en faisant appel, en tant que de besoin, aux données issues de l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) d'une part et de l'échantillon Ernest d'autre part, sachant que ce dernier contient des données relatives aux établissements publics autonomes (strate 2) qui peuvent servir de bases de comparaison. L'AGHN est disponible sur le site Internet ; quant aux résultats de l'étude Ernest, ils ont fait l'objet d'une diffusion par la mission Marthe.

Par ailleurs, des référentiels régionaux de coûts constitués à partir de données comparatives entre établissements de la

même catégorie peuvent être utilisés. Cependant, il convient d'être particulièrement attentif aux comparaisons qui pourraient être faites à partir des ratios des établissements dans la mesure où ils dépendent de l'organisation propre à chaque établissement.

2.2.2. Le contrôle approfondi doit rester l'exception

En cas de doute sur le montant des charges à imputer au budget annexe, et notamment celles relatives aux personnels qui constituent l'essentiel des charges, des informations complémentaires seront demandées à l'établissement.

Dans ce cas, le contrôle devra notamment s'appuyer sur l'examen des tableaux de service des dernières semaines.

Il appartient aux services, eu égard à l'enjeu financier des sommes et à la cohérence du montant des charges, de décider de diligenter un contrôle plus approfondi.

2.2.3. Bilan régional de ces opérations

A partir des évaluations qui auront été validées par les services, un bilan global relatif aux montants des charges à transférer devra être adressé par les ARH à la DHOS, bureau F 2, pour le 30 septembre (cf. annexe II ci-jointe).

III. - CONSÉQUENCE DE CETTE OPÉRATION SUR LA DÉTERMINATION DES TARIFS APPLICABLES ET LA GESTION DES ENVELOPPES DE CRÉDITS LIMITATIFS D'ASSURANCE MALADIE

Après l'évaluation des charges et des produits à transférer, l'établissement est invité à simuler les effets de la réforme tarifaire en calculant les tarifs hébergement, dépendance et soins conformément au décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 et, notamment, ses annexes relatives au calcul des tarifs.

Cette simulation est transmise aux différentes autorités de tarification afin d'apprécier l'impact de l'application de la réforme sur les tarifs, notamment des résidents dont le niveau de dépendance est élevé. Elle constitue une base de départ pour la négociation tarifaire notamment avec le conseil général.

3.1. L'établissement souhaite conclure dès 2001 une convention tripartite

La simulation va identifier l'existence d'un « effet mécanique » ou d'un « clapet anti-retour ».

a) Lorsque le montant des produits de l'assurance maladie (forfaits de soins majoré, le cas échéant, de ressources permettant de financer des dépenses d'une autre nature notamment de restauration ou de blanchisserie) est inférieur au montant des charges de la section tarifaire « soins », l'EHPAD bénéficie d'un « effet mécanique ».

Conformément aux priorités arrêtées dans la circulaire budgétaire du 26 janvier 2001, les services de l'Etat doivent inciter cet établissement à signer rapidement une convention tripartite. Les crédits qui ont été notifiés aux DRASS au titre des mesures nouvelles pour 2001 doivent permettre de financer en priorité les effets mécaniques. Il est rappelé que des modalités de collaboration doivent être organisées entre les DRASS et les ARH afin de décider de l'utilisation de ces mesures (cf. circulaire du 26 janvier 2001).

b) Lorsque les charges de la section tarifaire « soins », après réalisation de l'opération de « sincérité des comptes », sont inférieures aux produits de l'assurance maladie (forfaits de soins majoré, le cas échéant, de ressources auparavant inscrites au budget général), un clapet anti-retour peut être constaté.

Si la convention tripartite ne peut être conclue rapidement, l'établissement doit déterminer cependant un tarif dépendance notamment afin de permettre aux résidents de bénéficier de l'APA, selon les règles qui suivent.

3.2. L'établissement diffère la signature de la convention tripartite et applique les dispositions de l'article 4 bis de la loi relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie à compter du 1er janvier 2002

Cet article est définitivement adopté dans la mesure où il a été voté en termes identiques à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Après promulgation de la loi, il s'appliquera aux établissements non signataires de la convention tripartite, sachant qu'il appartiendra à ces derniers de signer une convention au plus tard le 31 décembre 2003.

Pour la détermination des tarifs afférents à la dépendance, l'ensemble des transferts de charges et de produits est pris en compte, qu'il résulte de la ventilation des charges effectuée au sein du budget annexe conformément aux dispositions du

décret du 26 avril 1999 modifié ou de l'opération de sincérité des comptes, le clapet anti-retour étant, le cas échéant, pris en compte.

En ce qui concerne le soin, les établissements perçoivent le montant des ressources de l'assurance maladie de 2001 telles qu'elles résultent de l'opération de sincérité des comptes ; l'objectif de l'article 4 bis étant d'éviter tout surcoût pour l'assurance maladie et de geler la situation en l'attente de la négociation définitive de la convention tripartite.

Quant au tarif afférent à l'hébergement, il doit, d'une part, couvrir l'ensemble des charges brutes du budget annexe rétabli et, d'autre part, prendre en compte les produits de l'assurance maladie au titre de 2001, les produits des tarifs afférents à la dépendance et toutes les autres recettes atténuatives.

3.3. Information relative aux transferts de ressources de l'assurance maladie

Le transfert des produits de l'assurance maladie s'effectue au moment de la signature de la convention tripartite ou au moment de la détermination des tarifs applicables au 1er janvier 2002.

Concrètement, dans le cas général (charges de l'EHPAD supportées indûment par le budget hospitalier), cela se traduira par une diminution de la dotation globale de l'assurance maladie du budget principal au profit de la dotation globale « soins » du budget annexe. Il est rappelé qu'un taux de conversion est appliqué aux montants transférés entre l'enveloppe sanitaire et médico-sociale (cf. circulaire du 26 janvier 2001, annexe III - d, page 37).

Les différents mouvements engendrés par les transferts de charges entre budgets hospitaliers et budgets annexes doivent être retracés dans l'annexe III - d. Celle-ci sera cosignée par les deux autorités de tarification et adressée à la DHOS/bureau F 2.

Nous vous rappelons que le regroupement des budgets annexes des services pour personnes âgées dépendantes préconisé au chapitre 1.2 de la circulaire DGAS-5 B/DHOS-F 2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs à financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, est susceptible de rendre plus facile cette opération de « sincérité des comptes ».

En effet, outre l'absolue nécessité de faire la « sincérité des comptes » entre budgets principal et budget annexes, il y a aussi nécessité de faire la « sincérité des comptes » entre les budgets annexes eux-mêmes, en particulier lorsque coexistent dans les mêmes locaux un budget annexe maison de retraite et un budget annexe unité de soins de longue durée.

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le timbre de la DHOS et de la MARTHE, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

ANNEXE I

Document à retourner à l'ARH pour le 31 juillet au plus tard en sus des éléments plus précis

Nom et adresse de l'établissement :

L'établissement a procédé à l'identification et à l'évaluation des charges qui incombent exclusivement au budget annexe de la structure hébergeant des personnes âgées, c'est-à-dire (indiquer le ou les noms de la ou des structures concernées) :

-

Sur la base de l'exercice 2000, le montant des charges inscrit au budget de qui devrait être imputé au budget de est de MF dont le détail est donné par le tableau ci-joint accompagné des commentaires explicatifs, et des pièces jointes le cas échéant.

Fait le

Signature du directeur de l'établissement :

Nom de la région :

Coordonnées de la personne en charge de ce dossier :

ANNEXE II

bilan régional des évaluations des transferts à transmettre à la DHOS/F 2 le 30 septembre 2001 au plus tard

charges à transférer du budget hospitalier vers le budget annexe (sur la base de l'exercice 2000)

Nom de l'établissement (1)	Montant des charges du budget annexe avant l'opération de sincérité des comptes (dépenses de la classe 6)	Montant total des charges à transférer (a + b + c)	Montant des charges à transférer sur la section « soin » (a)	Montant des charges à transférer sur la section « dépendances » (b) Montant des charges à transférer sur la section « hébergement » (c) Total
<p>(1) Remplir une ligne par établissement y compris lorsque l'opération de sincérité des comptes a mis en exergue l'absence de charges à transférer.</p> <p>Le cas échéant, indiquer le nom des établissements qui n'auraient pas encore procédé à cette opération.</p>				

bilan régional des évaluations des transferts à transmettre à la DHOS/F 2 le 30 septembre 2001 au plus tard (suite)

Charges à transférer du budget annexe vers le budget hospitalier (sur la base de l'exercice 2000)			
Nom de l'établissement (1)	Montant total des charges à transférer (a + b)	Montant des charges au titre de soins (a)	Montant des autres charges (b) Commentaires sur cette situation Total
<p>(1) Remplir une ligne par établissement y compris lorsque l'opération de sincérité des comptes a mis en exergue l'absence de charges à transférer.</p> <p>Le cas échéant, indiquer le nom des établissements qui n'auraient pas encore procédé à cette opération.</p>			